11.

Kyste ovarique. — Étranglement interne. — Opération. — Guérison par première intention,

Par M. Julliard.
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Genève

Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris.
Tome V. 1879.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
22 FEB 18
LIBRARY

Kyste ovarique. — Étranglement interne. — Opération. — Guérison par première intention.

PAR M. JULLIARD.
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Genève.

La nommée B...., agée de 48 ans. blanchisseuse, réglée à l'âge de 19 ans, a eu deux accouchements naturels, le dernier il y a 7 ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au commencement de l'année 1877. A cette époque, elle eut un ictère ; a la suite de cet ictère, ses règles, qui jusqu'alors avaient toujours été régulières, ne parurent pas pendant 4 mois; elles revinrent ensuite, mais faiblement et accompagnées de douleurs dans le ventre et dans les reins.

Vers la fin de l'année 1877, la malade remarqua que son ventre grossissait; elle sentit distinctement dans le flanc droit une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Elle éprouvait de temps en temps de fortes douleurs abdominales, qui pourtant ne l'empêchaient pas de travailler. A partir de ce moment le décubitus latéral gauche devint douloureux, la malade ne pouvait se coucher que du côté droit. Au commencement de mai 1878 le ventre était très-gros, dur et tendu, l'émission des urines devint difficile et douloureuse. Enfin, la tumeur abdominale, de plus en plus gênante, occasionnait une oppression et des palpitations presque continuelles.

Vers le milieu d'août, la malade fut prise pendant la nuit de violentes douleurs de ventre; ces douleurs, accompagnées de vomissements et de météorisme, durèrent plusieurs jours et finirent par se calmer.

La malade fut admise le 12 août à l'hôpital cantonal. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire. Le 24 août le kyste fut ponctionné; il en sortit 5 à 6 litres de liquide couleur chocolat ; la ponction ne fit pas disparaître complètement la tumeur. Elle fut suivie d'accidents du côté du péritoine : douleurs abdominales assez fortes, météorisme persistant, enfin constipation opiniâtre ; la malade n'allait à la selle que tous les 3 ou 4 jours, et encore à l'aide de purgatifs et de force lavements. Cet état dura jusque vers le milieu d'octobre) à ce moment la malade fut envoyée dans mon service pour être opérée de son kyste.

ETAT ACTUEL. — Ventre volumineux, comme celui d'une femme enceinte de 7 mois. On constate une tumeur qui occupe la moitié de l'abdomen du côté droit et qui remonte à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est mate et fluctuante. En arrière et à droite de la colonne vertébrale, il y a matité ; à gauche, la percussion donne un son tympanique. Au toucher le cul-de-sac droit est douloureux : la pression et les mouvements imprimés à la tumeur se communiquent à l'utérus. La malade est amaigrie : la tumeur abdominale la gêne et l'oppresse à tel point qu'elle ne peut se lever et ne quitte pas son lit La miction est douloureuse ; la malade urine à chaque instant et très-peu à la fois.

L'ovariotomie est décidée et l'opération était fixée au 22 octobre lorsque,

dans la nuit du 20 au 21 octobre, la malade fut prise subitement de douleurs de ventre des plus violentes avec vomissements.

21 octobre. — Les douleurs abdominales continuent, vomissements bilieux fréquents. En interrogeant la malade, j'apprends qu'elle n'a pas été à la selle depuis 3 jours. Comme elle était habituellement très-constipée, je n'ajoutai pas d'importance à la chose et je crus à un commencement de péritonite. Onctions d'onguent napolitain sur le ventre, cataplasmes laudanisés, potion de Rivière.

22 octobre. — Les vomissements sont un peu calmés, les douleurs de ventre persistent avec la même violence. Le ventre est un peu météorisé, il est douloureux à la pression. La constipation se maintient. Lavement de mauves, rendu aussitôt après son administration.

23 octobre. — Les mêmes accidents persistent. Les vomissements ont une odeur stercorale prononcée ; de bilieux qu'ils étaient, ils prennent une teinte jaunatre. Bain.

24 octobre. — Vomissements abondants de matière fécale. Le météorisme a beaucoup augmenté, le ventre est très-douloureux à la pression. Calomel et jalap.

25 octobre. — Le purgatif n'a produit aucun effet. Les vomissements stercoraux continuent. Le ventre est de plus en plus douloureux et météorisé, les anses intestinales se dessinent à sa surface. La constipation persiste.

26 octobre. — Même état que la veille. Vomissements stercoraux continuels. Les règles apparaissent dans la journée.

27 octobre. — Pas de garde-robe. Vomissements incessants, le ventre est fortement météorisé, le moindre attouchement est intolérable. Le facies est terreux, grippé.

Voyant la malade dans un état désespéré, pensant d'ailleurs que l'étranglement était peut-être occasionné par le kyste ou par son pédicule, je me décidai à opérer immédiatement.

Opération. — Injection hypodermique de 2 centigrammes de morphine. Une demi-heure après l'injection, la malade est endormie avec l'éther. L'anesthésie est obtenue très-facilement sans excitation, sans toux ni envie de vomir. Incision des parois abdominales depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Le péritoine ouvert, les anses intestinales rouges, distendues et agglutinées entre elles tendent à s'échapper au dehors; on les maintient avec des compresses imbibées d'une solution phéniquée au 2 $^1/_2$ $^0/_0$. Le péritoine est épaissi, très-rouge, et tout parsemé de petits flocons pseudo-membraneux.

Le kyste est ponctionné. Il en sort environ 2 litres de liquide couleur chocolat. Je procède ensuite à l'extirpation de la tumeur. Cette extirpation fut difficile : le kyste, libre de toute adhérence avec les parois abdominales, était complétement adhérent par ses faces latérales et postérieures avec l'intestin, l'épiploon et la paroi profonde de la cavité abdominale. Ces adhérences étaient épaisses, les unes molles et friables se laissèrent détacher avec les doigts ou la sonde cannelée ; d'autres plus résistantes dûrent être divisées avec le bistouri. Plusieurs ligatures au catgut furent posées. De la paroi du kyste partaient deux brides grosses comme une plume d'oie et très-solides ; ces deux brides traversaient la cavité abdominale et venaient s'insérer l'une sur la paroi opposée du petit bassin, l'autre sur une anse intestinale. Je les coupai entre deux ligatures. Elles ne gênaient en rien l'intestin. La portion supérieure de la tumeur était aréolaire et n'avait pu

être vidée par la ponction ; elle avait à peu près le volume d'une tête d'adulte, et fut très-difficile à détacher ; je dus, pour y parvenir, prolonger jusqu'au sternum mon incision en contournant l'ombilic.

La tumeur étant enfin détachée, le pédicule qui était court et mince, fut lié avec un fil de soie double et coupé au-dessus de la ligature.

Le kyste une fois enlevé, m'étant assuré qu'il n'était pour rien dans l'obstacle au cours des matières, je me mis à la recherche de l'étranglement. Je remarquai bientôt en écartant les anses intestinales, une masse rougeâtre qui n'avait pas l'apparence de l'intestin, et qui me parut suspecte. Je détachai cette masse des anses intestinales auxquelles elle adhérait assez fortement, je l'attirai à moi et voici ce que je constatai : une masse centrale, grosse comme le poing, assez dure paraissant être un paquet d'adhérences. Sur le côté gauche de cette masse, l'intestin s'abouchait, énorme, et fortement distendu : sur le côté opposé, l'intestin s'abouchait également, mais cette fois petit et flasque. Il était évident que c'était dans cette masse que résidait l'étranglement.

J'incisai couche par couche et avec beaucoup de précautions ce paquet d'adhérences ; arrivé à une profondeur d'environ 1 centimètre, je découvris une anse intestinale noirâtre. Je débarrassai l'intestin des adhérences qui l'étreignaient ; dans certains endroits le tissu de nouvelle formation était tellement adhérent aux parois intestinales, que je dus disséquer l'intestin avec le bistouri. Finalement voici comment les choses étaient disposées : l'intestin était infléchi deux fois sur lui-même en forme d'un *N*, les branches de l'*N* étaient enfouies et serrées dans une couche épaisse d'adhérences.

L'intestin une fois libéré, j'essayai d'étendre l'anse infléchie, mais inutilement. Les parois de l'anse étranglée étaient notablement hypertrophiées et indurées ; elles avaient perdu leur souplesse, et ne se prêtaient pas à l'extension. Je pratiquai alors sur les tuniques de l'intestin dans chacun des angles de l'*N*, deux incisions *libératrices*, grâce auxquelles je pus étendre complètement l'anse infléchie. Elle avait une longueur d'environ 15 centimètres.

L'étranglement une fois levé et l'anse infléchie étant remise en place, je m'attendais à ce qu'une partie au moins des matières, et surtout des gaz qui distendaient l'intestin, s'engageraient dans le bout inférieur. Il n'en fut rien : le bout supérieur resta aussi immobile et aussi gonflé qu'auparavant. Du reste, pendant toute la durée de cette opération, les anses intestinales distendues ne présentèrent aucun de ces mouvements péristaltiques que j'ai toujours vus si accentués dans toutes mes autres ovariotomies ; preuve manifeste que la distension excessive et prolongée de l'intestin lui fait perdre sa contractilité. Je fis alors sur le bout supérieur deux ponctions aspiratrices avec un trocart fin, dans le but de diminuer la distension de l'intestin et de ramener les contractions qui faisaient complètement défaut ; mais je ne réussis qu'à extraire une quantité insignifiante d'une matière liquide jaunâtre. Voulant pourtant m'assurer qu'il n'existait pas dans l'intérieur de l'intestin un obstacle au passage des matières, je comprimai doucement avec la main le bout supérieur ; aussitôt le bout inférieur fut soulevé par les gaz qui y pénétrèrent. Certain dès lors que le cours des matières était rétabli, je laissai les choses en l'état.

Toilette du péritoine. Huit sutures profondes avec des fils d'argent fixés sur des bouts de sonde. Suture superficielle avec 12 épingles. Quatre drains

sont placés dans le petit bassin et sortent par l'extrémité inférieure de la plaie avec la ligature du pédicule ; ce dernier est abandonné dans la cavité abdominale.

Cette opération a duré 1 heure $^1/_2$. Elle a été faite d'après les préceptes de la méthode antiseptique, que je pratique depuis 3 ans dans ma clinique, et dont je suis, pour le dire en passant, un grand partisan. Pulvérisation avec une solution phéniquée tiède à 1 $^1/_2$ $^0/_0$.

Au moment où la malade est portée dans son lit, elle a un vomissement glaireux blanchâtre dû à l'éther.

28 octobre. — Je trouve mon opérée dans un état excellent. Elle a passé une très-bonne nuit et n'a pas eu un seul vomissement. Le ventre est toujours ballonné, mais il n'est pas douloureux. Pansement Lister : presque pas de suintement, la plaie a très-bon aspect. J'enlève un drain et je raccourcis les trois autres. Température: matin 36,4. Soir 37,2.

29 octobre. — Etat excellent. Les vomissements n'ont pas reparu. Point de douleurs. Le ballonnement a notablement diminué. La malade a rendu quelques gaz, mais pas de matières. Elle a demandé deux potages qu'elle a pris avec plaisir. Pansement Lister : presque pas de suintement, bon aspect de la plaie. J'enlève un drain et je raccourcis les deux autres. Température : matin 37,2. Soir 37,7.

30 octobre. — La malade continue d'aller pour le mieux Elle a rendu beaucoup de gaz, mais pas encore de matières. Pansement de Lister : la plaie n'a presque pas suinté, elle a toujours très-bonne apparence. J'enlève les deux derniers drains et toutes les épingles de la suture superficielle, sauf celle qui est au-dessus de la ligature du pédicule. La peau est réunie par première intention sur toute la longneur de l'incision. Les époques s'arrêtent dans la journée. Température : matin 37,2. Soir 36,4.

31 octobre. — Selle abondante rendue spontanément et sans douleurs : les matières sont bien moulées, très-colorées et renferment des pépins de raisin. Température : 36,5. Soir 37,2.

1er novembre. — Deuxième garde-robe, moins forte que la première. Température : matin 36,5. Soir 37,7.

2 novembre. — Pansement de Lister. Presque pas de suintement. La réunion de la peau s'est très-bien maintenue, j'enlève la dernière épingle de la suture superficielle. Le météorisme a disparu ; j'enlève une suture profonde à chaque extrémité de l'incision; aucun écartement ne se produit. Température : matin 37,7. Soir 36,8.

3 novembre. — Température : matin 37. Soir 36,7.

4 novembre. — Température : matin 36. Soir 36,7.

5 novembre. — Pansement de Lister. La réunion s'est très-bien maintenue. J'enlève trois sutures profondes. Température : matin 36. Soir 36,7.

8 novembre. — Pansement de Lister. J'enlève les trois sutures profondes, La réunion par première intention est complète, il ne reste qu'un pertuis fistuleux par lequel sort la ligature du pédicule. Je place sur ce pertuis un morceau de protective et je recouvre le ventre d'une couche d'ouate.

27 novembre. — Le fil est tombé de lui-même. La réunion s'est parfaitement maintenue.

28 juin 1879. — Je revois mon opérée. Elle a repris ses occupations et n'a jamais éprouvé le moindre malaise de l'opération.

Genève, Impr. B. Soullier, Cité